

Hautarzt 2016 · 67:414–416  
DOI 10.1007/s00105-016-3780-8  
Online publiziert: 4. März 2016  
© The Author(s) 2016. This article is available  
at SpringerLink with Open Access

**Redaktion**  
A. Blum, Konstanz  
R. Hofmann-Wellenhof, Graz



**M. Wolf<sup>1</sup> · G. Ginter<sup>1</sup> · E. Propst<sup>1</sup> · T. Kern<sup>2</sup> · T. Deinlein<sup>1</sup> · R. Hofmann-Wellenhof<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

<sup>2</sup> Hautfacharztpraxis, Feldbach, Österreich

## Brauner Fleck an der Fußsohle

### Fallbeschreibung

#### Anamnese

Ein 30-jähriger Patient wurde aufgrund eines seit 1 Jahr neu aufgetretenen, hellbraunen Fleckes im Bereich der linken medialen Fußsohle mit dem Verdacht auf ein Melanoma in situ aus dem niedergelassenen Bereich an unsere Ambulanz zugewiesen. Auf gezielte Nachfrage gab der Patient an, dass der Fleck nach einem Aufenthalt in Vietnam und Marokko vor

1 Jahr aufgetreten und seither unverändert sei.

#### Hautbefund

Im Bereich des linken medialen Fußrandes zeigte sich eine ovale, 2 x 1 cm im Durchmesser große, hellbraune, leicht schuppige Makula. Es bestanden kein Juckreiz und keine lokale Entzündungsreaktion (**Abb. 1**).

### Dermatoskopischer Befund

Unter auflichtmikroskopischer Betrachtung war eine hellbraune, gleichmäßig pigmentierte Makula zu sehen. Besonders im Randbereich zeigte sich ein paralleles Leistenmuster. Dieses Muster ist durch die stärkere Pigmentierung der breiteren Leisten charakterisiert, wobei die schmälere Furchen der Leistenhaut nicht pigmentiert sind. (**Abb. 2**).



**Abb. 1** ▲ Klinisches Bild einer braunen Makula an der Fußsohle



**Abb. 2** ▲ Dermatoskopisches Bild: homogene hellbraune Pigmentierung, im Randbereich ist ein deutliches paralleles Leistenmuster zu sehen

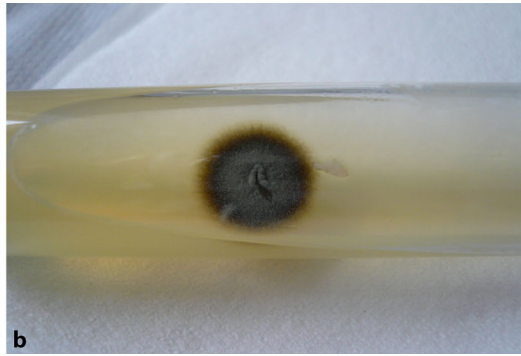
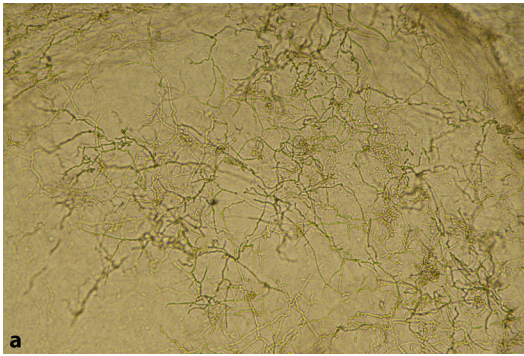
### Wie lautet Ihre Diagnose?

#### Diskussion

Das dermatoskopische Bild eines parallelen Leistenmusters im Bereich der Akren ist typisch und imitiert auch in

unserem Fall ein Melanoma in situ, das primär als maligne Differenzialdiagnose von einer gutartigen melanozytären Läsion zu unterscheiden ist [1]. Die Homogenität und die geringe Intensität

der Pigmentierung sprechen in unserem Fall gegen eine maligne melanozytäre Neoplasie [1]. Des Weiteren muss auch an eine exogene Schmutzeinsprengung gedacht werden [2]. Bevor jedoch



**Abb. 3** ◀ **a** Nativer Pilzbefund: positiv Hyphen. **b** Pilzkultur: Wachstum eines Schwärzepilzes

aufgrund der Größe der suspekten Läsion (> 7 mm) eine Biopsie erfolgt [1] empfehlen wir, nochmals eine genauere Anamnese durchzuführen. Wegweisend für unsere Verdachtsdiagnose waren das anamnestisch beschriebene Auftreten der hellbraunen Makula nach dem Auslandsaufenthalt in Asien und Afrika sowie das Gleichbleiben der Hautveränderung und die klinisch geringgradig ausgeprägte Schuppung. Die Diagnose wurde schließlich durch den nativen Pilzbefund und die Pilzkultur bestätigt (▣ Abb. 3). Die PCR (Polymerasekettenreaktion)-Analyse ergab ebenfalls eine Infektion mit einem Schwärzepilz (*Hortaea werneckii*). Eine 6-wöchige antimykotische Therapie brachte die Läsion zur Abheilung

## » Diagnose: Tinea nigra (positiver Pilzbefund)

Die Tinea nigra ist eine oberflächliche Pilzinfektion, verursacht durch den Erreger *Phaeoannellomyces werneckii*, der hauptsächlich die unbehaarte Haut von ortsständigen oder reisenden Kinder und Jugendlichen im tropischen oder subtropischen Raum befällt [3]. Die antimykotische Therapie der Tinea nigra besteht aus einer lokalen Applikation von Miconazol oder Ciclopiroxolamin 2-mal täglich für 2 bis 4 Wochen [4].

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. R. Hofmann-Wellenhof**

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 8, 8010 Graz, Österreich  
rainer.hofmann@medunigraz.at

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Wolf, G. Ginter, E. Propst, T. Kern, T. Deinlein und R. Hofmann-Wellenhof geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

**Open Access.** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

## Literatur

1. Saida T (2000) Malignant melanoma on the sole: how to detect the early lesions efficiently. *Pigment Cell Res* 13:135–139
2. Lacarrubba F, Dall'Oglio F, Dinotta F et al (2012) Exogenous pigmentation of the sole mimicking in situ acral melanoma on dermoscopy. *J Dermatol Case Rep* 6(3):100–101
3. Zalaudek I, Giacomel J, Cabo H et al (2008) Entodermoscopy: a new toll for diagnosing skininfections and infestations. *Dermatology* 216:14–23
4. Pönnighaus JM (2011) Tropendermatosen. Tiefe und systemische Mykosen. In: von Dirschka T, Hartwig R, Oster-Schmidt C (Hrsg) *Klinikleitfaden Dermatologie*, 3. Aufl. Elsevier GmbH, München, S 338

Hier steht eine Anzeige.

